

Bilan en pratique

Glaucome débutant ou avancé

E. Sellem

Centre Ophtalmologique Kléber, 50 Cours F. Roosevelt - 69006 Lyon.

Practical assessment. Early-stage or advanced glaucoma

E. Sellem

J. Fr. Ophtalmol., 2005; 28, Hors série 2, 2S17-2S24

In the case of early-stage or advanced glaucoma, the major problem is no longer diagnostic, but evaluating its response to treatment. Other than questioning the patient, assessment includes measuring visual acuity and intraocular pressure, examining the anterior segment and the optic disc, and finally an analysis of the visual field. This latter examination remains the least contestable, although subjective, in evaluating how a confirmed case of glaucoma is evolving. Examination of the optic disc using stereoscopy should include a drawing or, at best, a photograph. Finally, three recent analyzers are available and being evaluated: HRT II, GDx, OCT-3. Depending on the results (of intraocular pressure, the visual field and the optic disk), treatment can be modified and/or the assessment completed.

Key-words: Glaucoma, intraocular pressure, visual field, optic disk, analyzer.

Bilan en pratique. Glaucome débutant ou avancé

Dans le cas d'un glaucome débutant ou avancé, le problème majeur n'est plus diagnostique, mais il est d'évaluer sa réponse au traitement. Outre l'interrogatoire du patient, le bilan comprend la mesure de l'acuité visuelle et de la pression intra-oculaire, l'examen du segment antérieur et de la papille, et enfin le relevé du champ visuel. Ce dernier examen reste le moins contestable, quoique subjectif, pour évaluer l'évolutivité d'un glaucome avéré. L'examen de la papille par stéréoscopie doit s'accompagner d'un dessin, au mieux d'une photographie. Enfin, trois analyseurs récents sont disponibles et en cours d'évaluation: HRT II, GDx, OCT-3. Selon les résultats (de la pression, du champ visuel, de la papille), le traitement sera modifié ou non, et/ou le bilan complété.

Mots-clés : Glaucome, pression intra-oculaire, champ visuel, papille, analyseur.

INTRODUCTION

Une fois le glaucome déclaré et traité, l'enjeu est de s'assurer de sa stabilisation ou non par le traitement [1-3] : vérifier la tolérance et l'observance de ce traitement, mesurer l'acuité visuelle, examiner le segment antérieur, mesurer la pression intra-oculaire (PIO), relever le champ visuel, observer la papille et les fibres optiques (*fig. 1 et 2*).

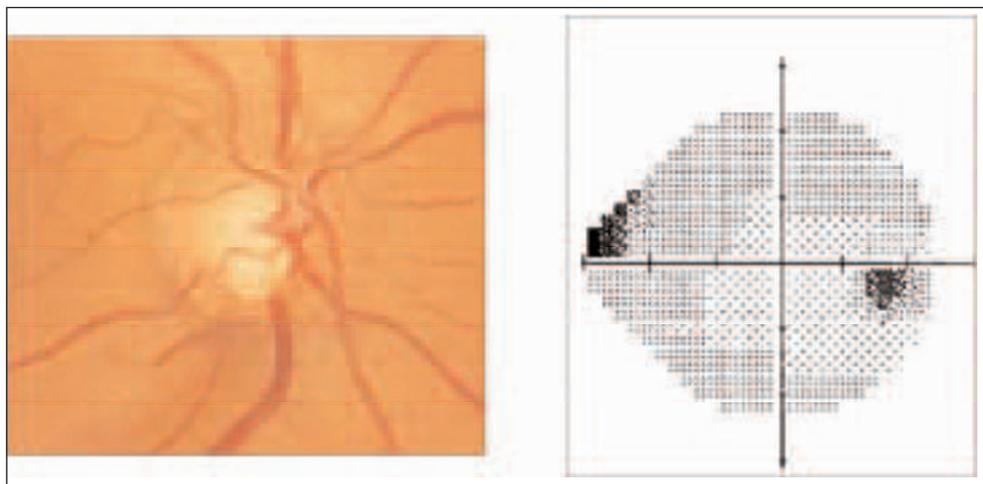
2S17

INTERROGER, MESURER

L'interrogatoire du patient s'intéresse d'abord aux signes fonctionnels qu'il peut ressentir (stabilité ou baisse de l'acuité visuelle, stabilité ou aggravation du champ visuel), puis à la tolérance et l'observance du traitement.

L'acuité visuelle doit ensuite être mesurée, même si c'est un très mauvais paramètre de surveillance du glaucome : elle permet de rechercher une éventuelle cataracte ou une DMLA associée, et peut-être finalement utile dans le glaucome très évolué.

L'observation du segment antérieur permet aussi de rechercher une cataracte, un syndrome pseudo-exfoliatif - pouvant n'apparaître que tardivement - et d'apprécier la profondeur de la chambre antérieure. Une gonioscopie doit être faite, non systématiquement, mais au moins tous les 2 ans : la profondeur de la chambre antérieure peut en effet se



1
2

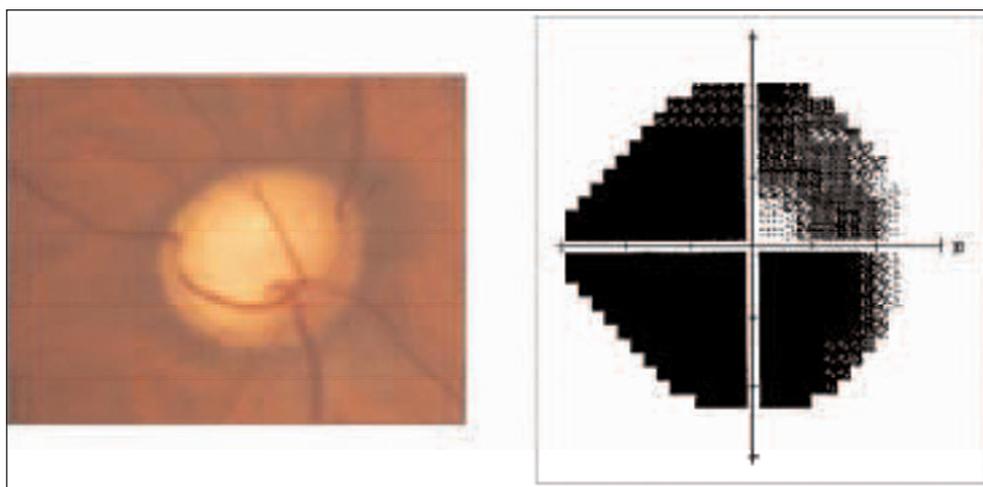


Figure 1 : Glaucome peu évolué, avec néanmoins une hémorragie papillaire temporale inférieure. Le champ visuel correspondant est peu altéré.

Figure 2 : Glaucome très avancé avec une excavation quasiment totale, et le champ visuel très altéré correspondant.

2S18

modifier avec l'âge, à cause de la croissance du cristallin, et un angle primitivement ouvert peut se fermer plusieurs années plus tard.

La mesure de la pression intra-oculaire (PIO) permet de vérifier l'effet tonométrique du traitement prescrit, en utilisant la même technique à la même heure. Il faut se fixer une PIO cible, à ré-évaluer tout au long de l'évolution de la maladie.

RELEVER LE CHAMP VISUEL

Le champ visuel doit également être relevé chaque fois avec le même appareil et le même programme, afin que les résultats soient comparables, en utilisant à ce stade une stratégie « blanc-blanc » puisque le glaucome est diagnostiqué [4]. Le FDT (*Frequency Doubling Technology*) n'est pas le meilleur appareil pour cette surveillance d'un glaucome avéré, en raison du nombre limité d'informations topographiques, tout au moins avec les appareils

actuellement disponibles. Les programmes évaluant les 24° ou 30° centraux doivent être préférés : les programmes périphériques n'ont d'intérêt qu'au moment du diagnostic en cas de myopie forte, où un éventuel ressaut nasal peut être situé au-delà des 25°. Dans les formes très évoluées, avec un îlot central résiduel, un programme étudiant les 10° centraux est en revanche plus utile, plus précis et moins inutilement long chez des patients qui se fatiguent rapidement. Enfin, la réalisation d'un champ visuel binoculaire peut être précieux, en particulier pour apprécier l'aptitude à la conduite

Des programmes de seuil complets peuvent être utilisés, longs et fastidieux. Certains programmes sont dévolus depuis plusieurs années au glaucome, plus courts, grâce à la mise au point de différents algorithmes : le Fastpac, le SITA-Standard, le SITA-Fast pour l'appareil de Humphrey ; les programmes G1, G2, ou Top, pour l'Octopus

La qualité du relevé du champ visuel doit absolument être appréciée, et cette évaluation est aidée par la lecture des indices de fiabilité fournis sur le relevé: pertes de fixation, faux positifs et faux négatifs, fluctuations à court

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9345554>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9345554>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)